

ANOMALIES, COMPLICATIONS ET TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Janvier 1895.

Par M. Charles GASPERINI

Né à MOULINET (Alpes-Maritimes).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... Doyen
CARRIEU..... Assesseur

PROFESSEURS :

Médecine légale et Toxicologie.....	MM. JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✱).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
id. LAPEYRE (Chargé du Cours).	
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et Histologie.....	KIENER (✱).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Anatomie.....	PAULET (O. ✱ ✚).
id. GILIS (Chargé du Cours).	
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et Appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
id. HÉDON (Chargé du Cours).	
Pathologie interne.....	N....
id. RAUZIER (Chargé du Cours).	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE.	MM. SARDA.	MM. RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HEDON.	MOITESSIER.
GILIS.	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GARRIEU, professeur.		MM. BAUMEL, agrégé.
HAMELIN, professeur.		SARDA, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Charles GASPERINI.

A MON ONCLE ET MEILLEUR AMI

Ephise MASSIERA

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

*Son souvenir est le lien indissoluble
qui unit nos cœurs.*

Charles GASPERINI,

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CARRIEU

A MES MAITRES

Charles GASPERINI.

ANOMALIES, COMPLICATIONS ET TRAITEMENT

DE LA COQUELUCHE

INTRODUCTION

Plus d'une fois, en suivant les cliniques des maladies des enfants, nous avons été frappé des difficultés de diagnostic que l'on rencontre parfois dans les formes anormales de la coqueluche, principalement pendant la première année de la vie. Nous avons remarqué aussi combien sont graves les complications survenant dans le cours ou à la suite de cette maladie et qu'un traitement énergique peut, bien des fois, réprimer.

Ce sont les raisons qui nous ont déterminé à faire une étude spéciale de ces anomalies et de ces complications.

Pour leur traitement nous avons cherché, autant que nous le permettaient nos connaissances et les ressources auxquelles nous pouvions puiser, à faire un exposé complet des médications tant anciennes que récentes, des cliniciens dont nous avons étudié les œuvres ou suivi les cours.

Il nous a paru utile d'exposer, en commençant, les diverses théories qui ont été émises sur la pathogénie de la coqueluche et d'insister sur celles qui, étant considérées comme les plus justes, doivent mieux servir à indiquer et à guider le traitement.

Nous ne nous doutions pas, au moment où nous avons pris

notre décision, de l'étendue du sujet et des considérations auxquelles il pouvait nous amener.

Ainsi, pressé par le temps, nous n'avons pu produire le nombre d'observations qui eût été nécessaire au développement de notre étude, de plus nous avons été forcé de restreindre notre sujet aux modestes proportions de la tâche que nous nous étions d'abord imposée.

Ces considérations nous font espérer la bienveillance de nos juges.

Nous avons divisé notre sujet en trois chapitres :

Dans le premier nous étudierons la Pathogénie de la coqueluche, dans le second nous insisterons davantage sur les anomalies et les complications, et enfin dans le troisième nous exposerons de notre mieux le traitement.

Avant d'aller plus loin, nous tenons à offrir à nos Maîtres, auxquels nous devons notre instruction médicale, l'hommage de notre profonde reconnaissance. Nous remercions particulièrement M. le professeur agrégé Baumel de ses précieux conseils et des observations qu'il a mises si obligeamment à notre disposition.

Que M. le professeur Carrieu veuille bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette modeste thèse.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE.

S'il est peu de maladies dont les symptômes soient plus facilement reconnaissables à la deuxième période surtout, lorsque la coqueluche suit sa marche régulière, il n'en est pas dont la nature intime, la pathogénie, soit plus obscure.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la coqueluche furent plutôt des historiographes, tels que de Thou et Mezerai. Ils confondirent le plus souvent cette maladie avec d'autres épidémies de grippe qui régnèrent à leur époque.

Après eux, Baillou s'efforça de tracer la symptomatologie de la coqueluche, mais en méconnut complètement la nature intime.

Willis, dans son *Traité des fièvres* et dans son livre des *Maladies convulsives*, constitue la coqueluche en espèce morbide distincte, mais nous laisse également dans une incertitude complète sur sa pathogénie.

Après les travaux de Willis et surtout depuis que la coqueluche s'est établie en Europe d'une manière presque endémique, de nombreux auteurs se sont occupés de cette maladie, et une infinité de doctrines ont été émises sur sa pathogénie. Ces doctrines

tiennent quelquefois à de pures hypothèses et ne reposent sur aucun fait pratique. Nous les citerons pour mémoire.

D'autres, basées sur de sérieuses observations et sur des données physiologiques plus précises, nous retiendront davantage.

Nous insisterons surtout sur les récents travaux de bactériologie qui semblent vouloir résoudre, bientôt et définitivement, le problème obscur qui se pose encore sur la pathogénie de la maladie qui nous occupe.

Nous citerons à peine les opinions de Sydenham, de Stoll, de Chaubon. Le premier parle de vapeurs subites et brûlantes qui, se portant aux bronches et aux poumons, donnent lieu à cette maladie ; les suivants, prenant l'effet pour la cause, placent le siège de la coqueluche tantôt dans les poumons, tantôt dans l'estomac ou les intestins.

D'autres, tels que Schœfer, Jahn (nouveau système des maladies des enfants, 1808) ; Lœbel (sur l'angine membraneuse de la coqueluche, 1811), regardent la coqueluche comme une maladie nerveuse.

Wat et plus tard Marcus admettent l'identité de la coqueluche et de la bronchite. De même pour Laënnec, qui l'appelle un catarrhe convulsif, ce serait une simple variété de catarrhe pulmonaire.

Broussais, pour qui l'irritation et l'inflammation dominent la pathologie, considère la coqueluche comme une bronchite avec vive sensibilité de la muqueuse enflammée, qui provoquerait les accès convulsifs de la toux et la contraction simultanée de l'estomac, aboutissant au vomissement.

Autre théorie bizarre, John Webster en Angleterre et Desruelles en France, prétendent que la coqueluche n'est réellement qu'une bronchite compliquée d'irritation encéphalique et proposent de l'appeler broncho-céphalite.

Blaud considère comme spécifique la présence de l'hydrochlorate de soude dans la matière expectorée.

D'après la théorie ingénieuse de Beau, il y aurait dans la coqueluche une inflammation catarrhale de la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée, et ce serait le liquide, sécrété par cette étroite surface, qui, glissant sur la glotte, jouerait le rôle de corps étranger et exciterait la toux convulsive de la coqueluche.

Quelques auteurs, Breschet entre autres, ont avancé que la coqueluche serait le résultat d'une altération des nerfs pneumogastriques. Mais ce n'était là qu'une simple altération cadavérique.

Grisolle, dans son traité de pathologie interne, combat les opinions avancées par Beau et Breschet. Il regarde la coqueluche comme une névrose.

Pour Blache également, la coqueluche serait une névrose siégeant à la fois dans la muqueuse des bronches et dans les nerfs pneumogastriques.

Il était réservé à Trousseau de faire justice de toutes ces erreurs et de nous donner une conception plus juste de cette maladie. Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, nous a donné, de la symptomatologie de la coqueluche, une description merveilleuse à laquelle il semble ne pouvoir rien être ajouté. Le premier aussi, combattant les théories de Laënnec, de Blache et de Grisolle, et d'accord en cela avec Bouchut, il a précisé l'étiologie de la coqueluche et en a donné une définition qui, aujourd'hui encore, est acceptée par tous. Il appelle la coqueluche *un catarrhe pulmonaire spécifique*. Pour lui, la maladie est formée d'un double élément, l'un inflammatoire, le catarrhe des bronches, l'autre nerveux, la quinte de toux. Trousseau a fait plus encore; en classant la coqueluche parmi les maladies spécifiques, il entrevoyait déjà, par une merveilleuse intuition, l'avènement de la bactériologie et la découverte des micro-organismes qui impriment aux maladies leur caractère spécifique.

Mais, avant d'arriver à l'exposé des récents travaux de bacté-

riologie, il nous paraît très intéressant de signaler les théories de Guéneau de Mussy et de son savant élève M. le Dr Barety.

Ces auteurs signalent les nombreux rapports pathologiques qui existent entre la coqueluche et l'adénopathie trachéo-bronchique. Guéneau de Mussy, dans ses leçons cliniques, explique les troubles de l'innervation qui marquent la deuxième période, par l'irritation du pneumogastrique consécutive à la tuméfaction des ganglions bronchiques. « Sans nier, dit-il, que cette névrose de la dixième paire ne puisse être une manifestation directe de la maladie, on peut cependant remarquer que le spasme laryngien ne survient que plusieurs jours ou même plusieurs semaines après l'apparition de la congestion bronchique. *Si l'on constatait qu'à cette époque se montrent les signes de l'adénopathie, la corrélation des deux phénomènes deviendrait infiniment probable* ».

D'après M. Barety, le diagnostic entre la coqueluche et l'adénopathie serait souvent très difficile, sinon impossible.

« Peut-être même, dit-il, sont-ils (les ganglions tuméfiés) la véritable cause du caractère spasmodique que la bronchite de la coqueluche revêt après cette période assez longue, dite première période, période de la bronchite simple ».

Cette théorie, certainement très séduisante, a été l'objet de plusieurs objections.

Roger fait remarquer que l'apparition des quintes de la coqueluche n'est pas en rapport avec le développement graduel de l'adénopathie. De plus, il cite quelques autopsies d'enfants morts dans la coqueluche et chez lesquels les ganglions étaient sains.

Cependant l'opinion de G. de Mussy et de M. Barety garde beaucoup de sa valeur. M. le professeur agrégé Baumel, dans un de ses articles, se demande si l'engorgement des ganglions bronchiques n'existait réellement pas dans le cas où Roger prétend ne pas l'avoir rencontré.

De plus, à notre avis très modeste, la découverte d'un micro-organisme spécifique de la coqueluche ne viendrait en rien infir-

mer les conclusions de G. de Mussy et de M. Barety. L'action spécifique de ce microbe pourrait aussi bien agir sur les terminaisons des nerfs laryngés que sur les ganglions trachéo-bronchiques. Ceux-ci à leur tour, par irritation des pneumo-gastriques, détermineraient les accès de toux spéciaux à la coqueluche.

Depuis les recherches de Villemin, de Pasteur et de leurs continuateurs en France et à l'étranger, la bactériologie de la coqueluche a été l'objet de nombreux travaux.

Leurs auteurs se sont efforcés de créer à cette maladie une pathogénie positive basée sur l'expérimentation, et, si l'existence de son microbe pathogène n'est pas absolument prouvée, ces recherches font espérer qu'elle le sera bientôt.

Henke, en 1874, a trouvé dans les crachats des coquelucheux des cellules rondes de 10 à 20 μ , qui n'existeraient jamais dans les crachats de la bronchite simple.

Letzerich, à la même époque, a découvert dans les mêmes crachats un champignon qui, transplanté sur le lapin, y reproduirait la maladie.

Tschauer dit également y avoir trouvé des spores et un mycélium qui appartiendraient en propre à la coqueluche.

Enfin Burger, en 1883, décrit des petits bâtonnets ellipsoïdes ordinairement isolés, quelquefois groupés en chainettes. Il les aurait exclusivement trouvés dans les crachats des coquelucheux.

Cependant tous ces travaux sont contestés, et Rossback, en particulier, n'a pu reproduire les expériences de Letzerich.

Plus importantes sont les recherches d'Affanassieff, qui décrit en 1887 son *bacillus tussis convulsivæ*. Cet auteur a constaté dans les crachats des coquelucheux la présence d'une quantité de bacilles, petits, grêles, animés de mouvements rapides et renfermant souvent des spores.

Leur produit de culture, injecté dans la trachée des jeunes

chiens, a provoqué, chez ces animaux, des pneumonies accompagnées d'accès de toux coqueluchoïde bien caractérisés.

Cependant, d'après Baumgarten, ces expériences ne seraient pas décisives.

Nous parlerons, pour le signaler, du travail de Deichler qui, dès 1886, assure avoir vu, exclusivement dans les crachats des coquelucheux, des protozoaires amiboïdes spéciaux. Après lui, aucun auteur n'est venu affirmer ces faits.

A signaler encore le mémoire de Ritter dont parle Dieulafoy, dans son traité de pathologie. Ritter, en 1892, aurait signalé dans les crachats des coquelucheux un diplocoque non encore décrit. Il nous a été impossible de nous procurer ce mémoire ou sa traduction.

Il serait utile, avant de terminer cet article, de rechercher quelle est la pathogénie de certains accidents nerveux observés dans la coqueluche et dont M. le professeur agrégé Baumel a fait le sujet de quelques leçons auxquelles nous avons assisté. Nous pensons cependant qu'il sera préférable d'en faire l'exposé dans le chapitre suivant, après celui de quelques observations que nous avons recueillies.

CHAPITRE II.

ANOMALIES ET COMPLICATIONS

Le diagnostic de la coqueluche, lorsque la maladie est régulière, ne présente pas de difficultés.

La symptomatologie en est décrite dans tous les traités de pathologie. Trousseau en a fait une description très nette; aussi croyons-nous inutile d'aborder ce côté de la question.

L'exposé des anomalies de la coqueluche nous a paru plus intéressant à faire, cela au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Il importe, en effet, de reconnaître la coqueluche dès sa première période: il sera ainsi possible d'isoler aussitôt les petits malades, comme le veut M. Weil, qui, dans un Mémoire appuyé par de nombreuses observations, et communiqué au Congrès français de médecine interne, tenu à Lyon en octobre 1894, a avancé que la coqueluche est surtout contagieuse à cette première période. De plus, le diagnostic précoce sera important à faire au point de vue du pronostic de la maladie, dont un traitement bien dirigé pourra heureusement influencer la durée et prévenir les complications trop souvent funestes.

La coqueluche est rare chez le nouveau-né et pendant la première année de la vie. Lorsqu'elle survient à cet âge, ordinairement communiquée par les frères aînés, elle présente le plus

souvent des difficultés particulières de diagnostic sur lesquelles nous insisterons.

Cadet de Gassicourt a dit : « Tout enfant au-dessous de 7 ans qui crache à la coqueluche ». Sans être aussi pessimiste, on devra toujours surveiller les moindres caractères anormaux de la toux chez les enfants et se méfier de la coqueluche lorsque les signes d'auscultation sont négatifs.

Trousseau nous met davantage en garde contre les bronchites avec toux opiniâtre, souvent accompagnées d'un mouvement fébrile qui peut durer 6, 8, 10 et même 15 jours, lorsque, dans la bronchite simple il est rare que la fièvre dépasse 24 ou 36 heures.

De plus, chez les jeunes enfants, les quintes ne revêtent pas, dès leur début, tous leurs caractères, et, même dans la période convulsive, elles sont loin d'être toujours caractéristiques.

Ainsi le sifflement ou reprise peut manquer ou être très peu accusé : 4 fois sur 54 West a constaté l'absence du sifflement.

Roger signale quelques cas de coqueluche dans lesquels la maladie, très atténuée, ne se révélait que par des accès de coryza convulsif ou une sorte de tic caractérisé par une constriction spasmodique de la gorge. De même Dieulafoy a observé deux exemples chez des enfants issus de parents asthmatiques, où les quintes étaient remplacées par des accès d'éternuement.

Parfois ces accès d'éternuement terminent la quinte ou bien encore, d'après Philouze (Thèse de Paris, 1867), l'accès ne se compose que d'une quinte sans reprise.

Dans certains cas, qui seraient particulièrement graves d'après West, l'élément nerveux peut se montrer seul dès le début ; le catarrhe bronchique semble ne pas exister et la première période faire défaut. « Dès les premiers jours de la maladie, dit Trousseau, les malades sont pris d'accidents spasmodiques du côté de la gorge, d'une sorte de hoquet qui consiste en ce que, pendant l'inspiration, se produit un sifflement laryngo-trachéal, analogue à celui qui plus tard se produira à chaque quinte, »

Autre particularité, signalée par Trousseau : chez un de ses petits malades, les quintes avaient exclusivement lieu au moment de l'expiration. Plus tard seulement, la coqueluche prit sa manière d'être accoutumée. Dans quelques cas encore, il y eut absence de toux convulsive, mais les autres éléments de la maladie suffirent amplement pour établir le diagnostic.

Ce même auteur rapporte le cas d'une jeune fille chez laquelle la toux ressemblait à celle d'un catarrhe aigu, avec cette différence que la toux était incessante, se répétant 20, 30, 40 fois dans la même minute sans intervalle de repos, ce qui n'existe pas dans la bronchite simple. Trousseau crut d'abord à une granulie aiguë. Par la suite, cependant, les caractères de la toux se modifièrent et revêtirent ceux de la coqueluche.

D'après Dieulafoy encore, la quinte peut se réduire à une sorte de hoquet avec spasmes de la glotte et sifflement laryngo-trachéal survenant par accès, rappelant le sifflement inspiratoire qui se produit à la reprise de la quinte.

Il cite le cas d'une personne âgée qui fut prise de cette forme anormale de la coqueluche avec spasmes glottiques et sifflement inspiratoire, spasmes qui duraient quelques secondes et qui se reproduisaient coup sur coup, sous forme d'accès, plusieurs fois le jour et la nuit. La quinte de la coqueluche était réduite au spasme inspireur, et tout le reste faisait défaut.

Nous parlerons bientôt du cas d'une malade âgée de deux mois, qui fait le sujet de notre première observation. Chez cette enfant, la quinte, constituée par une série d'expirations courtes, convulsives et très précipitées, n'était pas suivie de reprise.

Les complications de la coqueluche sont fréquentes et nombreuses. Elles assombrissent singulièrement le pronostic de cette maladie, qui, peu grave en elle-même, est cependant trop souvent suivie de mort. Elles sont les conséquences directes de la maladie ou lui sont étrangères et ne constituent, par conséquent, que des

coïncidences. Telles sont le croup, la rougeole et les autres fièvres éruptives qui, se développant chez un individu atteint de coqueluche, impriment à la maladie une gravité extrême. Ces cas ont une grande tendance à se compliquer de broncho-pneumonie; on les a particulièrement rencontrés pendant certaines épidémies qui amenèrent une mortalité considérable (Épidémie de Genève, 1847. G. Sée).

Laissant de côté ces dernières, nous nous occuperons seulement des vraies complications, conséquences directes de la coqueluche.

Nous ne parlerons pas des vomissements, compagnons ordinaires de la quinte de toux, qui cependant constituent quelquefois par leur ténacité une complication assez grave pour entraîner le dépérissement du malade si on ne mettait en usage les moyens de traitement indiqués plus loin.

Nous ne dirons rien également de la production possible des hernies, de la chute du rectum, de l'incontinence d'urine, autant de complications facilement expliquées par le mécanisme de l'effort.

Les diverses hémorrhagies sont assez fréquentes, hémoptysies, épistaxis, ecchymoses sous-cutanées, hémorrhagies du conduit auditif externe par rupture du tympan.

Elles sont rarement assez abondantes pour présenter quelque caractère de gravité.

La gangrène de la bouche et de la vulve observées par G. Sée sont rares.

A signaler aussi la fréquence, dans la coqueluche, d'une ou de plusieurs ulcérations à la face inférieure de la langue, près du frein. D'après un grand nombre d'auteurs, elles sont dues aux frottements répétés de la langue contre les gencives, pendant les quintes. M. le professeur Baumel pense qu'elles sont quelquefois produites par les ongles des personnes qui veulent retirer les mucosités amassées dans la bouche des jeunes malades. En

tout cas, elles sont plutôt considérées comme un élément de diagnostic que comme une complication. Ces ulcérations pourraient seulement présenter quelque gravité si elles étaient assez douloureuses pour empêcher l'enfant de téter.

Les complications autrement redoutables sont les accidents du système nerveux, convulsions et spasmes de la glotte. Leur étude nous retiendra davantage.

A l'inverse de ce qui se passe dans les autres maladies, les convulsions se montrent rarement à la première période de la coqueluche, mais apparaissent le plus souvent au milieu ou vers la fin de la maladie.

D'après Blache, elles sont presque toujours mortelles ; dans trois observations de Piron, les convulsions sont survenues à une période avancée de la maladie, et la mort en a toujours été le résultat ; sur 7 malades (2 de Papavoine, 5 de Rilliet et Barthez), 6 ont succombé à la suite de convulsions.

Le spasme de la glotte est une complication plus rare mais tout aussi redoutable. On le rencontre le plus souvent chez les enfants très jeunes. Ainsi, la coqueluche revêt une gravité très grande pendant la première année de la vie, non seulement à cause de la débilité des enfants à cet âge, mais surtout parce qu'elle les prédispose davantage aux accidents nerveux parmi lesquels le spasme de la glotte, qui peut se prolonger assez pour amener l'asphyxie et la mort.

Du Castel, dans sa thèse (Paris, 1872), en donne la description suivante :

«Aulieu que les secousses de la toux soient suivies d'une inspiration brusque et sifflante, pendant un temps plus ou moins long, le petit malade, épuisé par les efforts expirateurs, tarde à reprendre haleine, et tous les phénomènes de l'asphyxie se développent. Le plus souvent, une inspiration prolongée et sifflante

vient mettre fin à la suffocation, se répétant avant chaque reprise et c'est par cette suspension momentanée de la respiration que le danger se révèle, mais quelquefois cet arrêt des mouvements respiratoires peut se prolonger au point d'entraîner la mort. On peut voir aussi les accès de suffocation survenir en dehors de toute quinte convulsive.»

D'Espine et Picot ont observé un cas dans lequel ces attaques d'asphyxie se répétèrent assez souvent pour amener la mort de l'enfant.

Nous-même avons observé, à la clinique des enfants malades de l'Hôpital-Général, quelques cas de coqueluche chez les enfants du premier âge, qui nous ont particulièrement frappé. Nous voulons parler de certains cas dans lesquels se sont produits de véritables accès d'asphyxie, à la suite, croyons-nous, de spasme de la glotte : nous dirons bientôt pourquoi cette supposition est, selon nous, très probable.

L'observation suivante nous paraît d'abord intéressante.

Paul Joséphine, âgée de 2 mois, entre à l'Hôpital-Général, le 17 décembre 1894.

L'enfant est de constitution chétive.

Les parents sont bien portants; nous n'avons constaté chez eux aucune trace de syphilis; cela nous paraît important à signaler à cause des accidents survenus chez l'enfant dans le cours de la maladie.

La fièvre et les signes thoraciques, très accusés les premiers jours, font d'abord craindre la broncho-pneumonie; c'est du reste le diagnostic que porte le billet d'entrée à l'hôpital.

Cependant ces symptômes s'amendent rapidement et la coqueluche s'établit avec son cortège de symptômes habituels, quintes de toux et vomissements.

Le nombre des quintes est de 15 à 20 par jour; elles s'amendent rapidement sous l'influence de la belladone associée au sirop de tolu.

Ce qui frappe surtout chez cette enfant, c'est la cyanose qui accompagne les quintes ; de plus, ces quintes ne sont pas régulières, elles avortent sans reprise en chant de coq et prennent les caractères spéciaux rappelant le spasme de la glotte. Quelquefois la respiration, entravée, semble devenir de plus en plus pénible, puis s'arrête complètement, le visage est fortement cyanosé, et nous avons cru plus d'une fois, assister à l'asphyxie de la jeune malade.

C'est pendant un de ces accès que l'enfant a succombé le 24 décembre, chez elle, plusieurs jours après sa sortie de l'hôpital, où son état s'était très sensiblement amélioré.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Baumel une seconde observation qui, d'après nous, se rapproche beaucoup de la précédente. C'est un cas de coqueluche grave observée chez un enfant d'un an. Il se produisit, dans le cours de la maladie, plusieurs accès de convulsions qui deux fois furent suivies de syncope.

La guérison en fut la terminaison heureuse.

La maladie dura quarante-cinq jours, du 14 février au 31 mars 1891.

La moyenne des quintes fut de 40 jusqu'au 18 février ; elles baissèrent ensuite peu à peu, pour atteindre le nombre 8, leur minimum le 21 février ; dans la nuit qui suivit ce jour eut lieu la première syncope. Le nombre des quintes remonta ensuite graduellement et atteignit le nombre de 27, le 2 mars, jour de la seconde syncope.

Dans cette observation, les convulsions les plus intenses existèrent dans l'intervalle qui sépara le moment des deux syncopes, moment du minimum des quintes. Celles-ci oscillèrent dans tout le courant de la maladie, entre les nombres 8 et 40, ce qui prouve qu'elles n'étaient pas assez nombreuses pour expliquer la violence des accidents nerveux. Chose remarquable aussi, c'est que les syncopes eurent lieu au moment d'une quinte et tout à fait au

début de celle-ci, avant même qu'elle eût le temps de se produire, se substituant à elle pour ainsi dire. La quinte s'effectuait ensuite lorsque la vie, un instant suspendue, reprenait son cours.

L'enfant fut traité par la belladone associée au sirop de tolu, et cette médication suffit pour diminuer en peu de temps le nombre et l'intensité des quintes. Cette influence fut très manifeste ; en effet, le traitement à la belladone ayant été suspendu à la suite de l'amélioration, les convulsions et les syncopes signalées survinrent quelques jours après. De plus les quintes de toux devinrent assez violentes pour imposer de nouveau le traitement des premiers jours, qui fut continué même après le déplacement de l'enfant, effectué dans de bonnes conditions, à la période de déclin. Ces deux moyens combinés amenèrent rapidement la guérison.

Nous remarquons encore dans cette observation, les moyens employés avec plein succès, par M. le professeur agrégé Baumel pour remédier à la syncope : la respiration artificielle pratiquée par le procédé de Sylvester et continuée pendant longtemps.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ses propres paroles : « Je considérai l'enfant comme se trouvant dans une situation analogue à celle *d'un nouveau-né en état de mort apparente*, et je me mis à l'œuvre résolument, mais sans espoir, décidé à n'abandonner la partie *qu'au bout d'une heure ou d'une heure et demie*, lorsque je serais véritablement convaincu de l'inutilité, de l'inanité de mon intervention. Bien m'en prit, non seulement la première, mais la seconde fois ».

Il importerait maintenant d'établir quelle a été la pathogénie des accidents nerveux survenus dans ces deux observations. Est-ce bien le spasme de la glotte qui dans le premier cas a amené la mort et dans le second cas la syncope ? et de plus comment ce spasme s'est-il produit ?

Suivant G. Sée, les convulsions se rattacheraient presque tou-

jours au développement des pneumonies latentes, à la dentition où même à une simple indigestion.

D'après Sauvages, les convulsions surviendraient lorsque les vomissements et les hémorrhagies ne viendraient pas terminer les paroxysmes. Trousseau soutient au contraire que les hémorrhagies par leur abondance prédisposent aux accidents nerveux.

West cite parmi les causes déterminantes des accidents convulsivo-spasmodiques, l'élevage au biberon, la dentition, l'action du froid, la disparition brusque d'une diarrhée ou au contraire la constipation. Dans les observations que cet auteur rapporte, une de ces nombreuses causes semblait toujours avoir déterminé les convulsions.

Dieulafoy signale certaines maladies du larynx, croup, faux croup, comme susceptibles de déterminer le spasme de la glotte; cependant il ne décrit pas la pathogénie de ces accidents dans ces maladies.

Les théories émises, l'une par Fonssagrives, l'autre par Parrot, nous semblent beaucoup plus importantes et mieux faites pour expliquer les accidents nerveux dont nous nous occupons.

D'après Fonssagrives, le cerveau du petit enfant serait bien plus exposé que celui de l'adulte à devenir malade, en raison des variations de circulation beaucoup plus considérables dont il est susceptible à cet âge. « Si, chez un enfant, ajoute cet auteur, la circulation est troublée, soit par la difficulté du retour du sang veineux, *comme pendant un paroxysme de coqueluche*, soit par l'augmentation de la pulsation artérielle, *comme pendant un accès de fièvre ou la phlegmasie d'un organe important*, le cerveau se congestionne, et souvent les convulsions indiquent la gravité du trouble de ses fonctions ».

Dans son traité sur l'athrepsie chez le nouveau-né, Parrot a établi par l'expérimentation que, chez un grand nombre de sujets, le trou de Botal reste perméable pendant la première année de la vie et même quelque temps de plus. Cet auteur

ajoute : « Lorsque, sous l'influence de l'une des causes qui déterminent l'affaiblissement et le relâchement du cœur et l'accumulation du sang dans ses cavités, l'oreillette droite subit une distension considérable, ce passage devient praticable au sang : c'est ce qui arrive dans les asystolies passagères ou tenaces ».

Ainsi il suffit alors du moindre accident amenant l'augmentation de la tension sanguine dans le cœur droit, pour permettre au sang veineux de passer par cette voie dans le ventricule gauche et pour de là être lancé dans la circulation générale.

M. le professeur agrégé Baumel pense que les quintes de toux de la coqueluche suffisent, par leur intensité, à déterminer ce désordre de la circulation chez le nouveau-né.

Ainsi la coqueluche, concomitante ou non de l'évolution dentaire, déterminerait le spasme de la glotte assez prolongé parfois pour causer, comme chez l'enfant qui fait le sujet de notre première observation, l'asphyxie et la mort. Les convulsions et les syncopes redoutables, survenues dans le second cas, seraient également justiciables de cette interprétation. Il en est de même de la cyanose de la face que nous avons signalée dans les deux cas.

Les complications du côté de l'appareil respiratoire sont plus fréquentes et quelques-unes aussi redoutables que celles qui dépendent du système nerveux.

La dilatation des bronches et l'emphysème pulmonaire sont des suites fréquentes de la coqueluche. D'après Trousseau, l'emphysème existe toujours. Pour le plus grand nombre d'auteurs, ces deux complications seraient le résultat direct des efforts de toux. D'après M. Barety, elles seraient souvent la conséquence du rétrécissement de la trachée et des bronches comprimées en certains points par les ganglions péri-trachéo-bronchiques hypertrophiés.

A notre modeste avis, ces deux causes, efforts de toux et adénopathie, peuvent également expliquer l'étiologie de la

dilatation et de l'emphysème. Du reste, ces deux complications seraient, dans la plupart des cas, passagères et disparaissent après un laps de temps plus ou moins long. Quelquefois encore, les vésicules pulmonaires peuvent se rompre et l'air s'épancher dans le tissu cellulaire interlobulaire, de là dans celui du médiastin et du cou. Trousseau a observé quelques cas de cette grave complication.

Viennent ensuite, augmentant de gravité, la bronchite capillaire et sa compagne habituelle, la pneumonie lobulaire; nous préférons dire la broncho-pneumonie. La pneumonie lobaire serait moins fréquente et beaucoup moins grave.

Nous n'avons pas à retracer ici les divers symptômes de ces maladies, nous voulons simplement en remarquer la fréquence et l'extrême gravité.

Ici, plus que jamais, on doit avoir présent à l'esprit le vieux précepte : *Spasmos febris accendens solvit*. Car le plus souvent l'explosion de la fièvre fait disparaître l'élément nerveux.

Ainsi, lorsque dans le cours d'une coqueluche, le nombre et la violence des quintes diminuant, on voit la température s'élever, on doit ausculter le malade, de manière à saisir à son début la terrible complication et, si elle existe, s'efforcer, par une médication appropriée, de modifier l'inflammation broncho-pulmonaire et de favoriser l'expulsion des sécrétions bronchiques.

Willis a appelé la coqueluche : *Vestibulum tabis*.

En effet, la tuberculose en est une conséquence fréquente surtout parmi les enfants lymphatiques, moins bien armés pour la défense.

Les tubercules peuvent débiter par les sommets, mais le plus souvent ils atteignent les ganglions trachéo-bronchiques.

Cette conséquence possible de la maladie doit tenir notre attention en éveil, surtout à la troisième période de la maladie.

Et si la toux persistait accompagnée d'un léger mouvement

fébrile, si on découvrait à l'auscultation quelques signes de tubercules, on les combattrait par une médication énergique.

« La tuberculose guérit plus souvent qu'on ne pense » dit Dieulafoy. Si elle est curable à des périodes avancées, elle le sera plus facilement à ses débuts.

Il est une autre complication plus fréquente de la coqueluche dont peu d'auteurs à, notre connaissance, ont parlé dans leurs ouvrages et qui, signalée par Guéneau de Mussy, a été constituée en affection distincte par M. le D^r Barety ; nous avons cité l'adénopathie trachéo-bronchique.

Cette complication est tellement fréquente que, d'après Jules Simon, il n'existerait pas de coqueluche sans adénopathie.

Et nous ne voulons pas parler ici des adénopathies d'origine tuberculeuse, mais de l'adénopathie simple non tuberculeuse.

D'après Jules Simon, ces engorgements ganglionnaires, restés dans les stades de congestion et d'inflammation, sont susceptibles de résolution, même longtemps après. Ce fait, admis par le plus grand nombre de cliniciens, est d'une grande importance au point de vue du pronostic, car la guérison des petits malades, après un traitement quelquefois fort long, s'observerait le plus souvent.

On a confondu pendant longtemps l'adénopathie trachéo-bronchique, suite de coqueluche, avec la coqueluche elle-même ; on en faisait des coqueluches chroniques. « Je suis disposé, dit Guéneau de Mussy, à lui attribuer (à l'adénopathie) les coqueluches chroniques qui durent deux ou trois ans avec le caractère distinctif de la toux. »

Blache rapporte une observation qui nous a semblé bien en rapport avec l'adénopathie ; c'est le cas d'un enfant dont la coqueluche dura cinq mois et qui fut assez heureux pour se rétablir complètement. Chose remarquable, dit-il, c'est que, l'inflammation dissipée, les quintes persistaient encore et ne cédèrent qu'au séjour à la campagne.

Trousseau cite des cas de coqueluche ayant duré six mois et un an. « *Si la toux en prend encore le caractère, dit-il, c'est que le système nerveux se souvient de la mauvaise habitude passée.* » Trousseau a signalé les engorgements des ganglions bronchiques dans la rougeole ; il n'en parle pas pour la coqueluche. Nous avons pensé qu'il s'agissait dans le cas précité de l'adénopathie trachéo-bronchique, dont les signes physiques et les symptômes rationnels n'avaient pas encore été décrits.

Nous n'avons pas à retracer ici l'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'adénopathie trachéo-bronchique déduites avec tant de précision par M. Barety. Nous rappellerons simplement les symptômes principaux.

En outre des signes fonctionnels, tels que douleur et essoufflement, dyspnée, accès de toux coqueluchoïde, respiration sifflante, altérations de la voix, les signes physiques, plus précis, aideront à diagnostiquer l'adénopathie. On constatera fréquemment de la matité au niveau des ganglions malades, aux régions interscapulaire ou sternale supérieure. De plus, à l'auscultation on percevra, dans beaucoup de cas et aux mêmes régions, un souffle plus ou moins intense avec diminution du murmure vésiculaire.

Nous voulons surtout remarquer combien nous devons nous méfier de cette complication lorsque nous nous trouverons en présence d'enfants malades de coqueluche, *soi-disant* chronique, ou atteints de récurrence ; la coqueluche est soumise à toutes les lois des maladies spécifiques et ne récidive jamais ou bien rarement.

Les traitements de l'adénopathie et de la coqueluche sont intimement liés ; nous les indiquerons en même temps à la fin de cette étude.

Nous tenons encore à rapporter l'observation suivante, que nous avons recueillie à l'Hôpital-Général, salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 1.

Victorine Lafitte, âgée de 2 ans, est entrée à l'hôpital le 9 janvier 1895.

De tempérament lymphatique, elle a toujours été malade. Elle a eu, à l'âge de 10 mois, une bronchite assez grave dont la durée s'est prolongée pendant deux mois. Au mois de mai 1894, elle a eu la coqueluche, dont les symptômes ont été bien constatés et qui a duré jusqu'au mois d'août. A partir de ce moment, la toux a complètement cessé et la maladie semble bien guérie. Le bon état persiste jusqu'à la fin de l'année.

A ce moment, l'enfant est reprise d'accès de toux convulsifs qui s'accroissent tous les jours davantage.

Enfin, les parents, croyant à une récurrence de coqueluche, la font admettre à l'hôpital.

A son arrivée, nous constatons les symptômes suivants : la dyspnée est assez accentuée, la toux est fréquente, rauque, quinteuse et rappelle la toux de la coqueluche ; elle s'en distingue cependant en ce qu'elle n'est pas suivie de reprise ; il n'existe pas non plus d'expectation ni de vomissements.

Les signes fournis par l'auscultation sont les suivants : râles humides plus marqués vers le hile du poumon, respiration faible, expiration soufflante.

A la percussion, nous constatons de la matité à droite et à gauche dans la gouttière vertébrale au niveau des ganglions placés à la naissance des premières bronches.

Les régions sus-épineuses et le reste de la poitrine restent sonores. Cette sonorité est même exagérée, ce qui nous fait croire à l'emphysème concomitant.

On prescrit à l'enfant un régime tonique sévère qui déjà est suivi de quelque succès : la toux diminue de violence, et les signes physiques s'amendent. Ces résultats nous font espérer la guérison de notre jeune malade.

CHAPITRE III

TRAITEMENT.

Il n'est pas de maladie dans laquelle l'empirisme et le traitement rationnel aient épuisé, avec plus de prodigalité, leurs moyens disparates et sans nombre.

Découragés par le peu de résultat des diverses médications, quelques auteurs n'hésitèrent pas à conseiller l'expectation simple, laissant à la nature seule le soin de faire tous les frais de la guérison. Cette erreur les privait du pouvoir de soulager les malades, pendant les efforts de toux, et les laissait assister, de propos délibéré, au développement d'épiphénomènes importants qu'ils auraient pu combattre.

D'autres cliniciens, beaucoup plus nombreux et qui sont devenus la grande majorité aujourd'hui, pensent qu'il est possible, sinon d'enrayer complètement la maladie, du moins de l'atténuer considérablement.

En effet, le traitement peut avoir une grande influence sur la durée de la maladie ; il sera le plus souvent possible de diminuer la fréquence et le caractère spasmodique des accès qui épuisent les jeunes malades, en troublant leur sommeil et leur alimentation ; on parviendra aussi, dans la plupart des cas, à soutenir

leurs forces, de manière à éviter ou à combattre avantageusement les redoutables complications qui font la gravité de la maladie qui nous occupe.

Il est inutile de rappeler que, pour la coqueluche, comme pour toutes les maladies spécifiques et contagieuses, la prophylaxie joue un rôle important. On doit empêcher le contact des enfants sains avec ceux qui ont la coqueluche et les éloigner du siège épidémique par le changement de lieu. Car la contagion de cette maladie est un fait incontestable, aujourd'hui admis par tout le monde.

Nous voulons nous occuper surtout du traitement curatif.

Et d'abord, s'il est vrai que de la brièveté de la première période dépend aussi l'abréviation et même une modification profonde des périodes suivantes, la conduite rigoureuse du traitement pendant la première période est très importante ; on doit s'efforcer de réprimer le plus tôt possible la bronchite prémonitoire.

On aura, pendant cette première période, les plus grandes précautions hygiéniques ; on laissera l'enfant au lit pendant la fièvre, s'il y en a, et on le tiendra chaudement ; on le traitera par les potions calmantes contenant de la belladone. De plus on prescrira un ou deux vomitifs.

Un grand nombre de médicaments ont été employés contre la période convulsive de la coqueluche, et il serait impossible d'étaler ici toute la pharmacopée qui a rapport à cette maladie. La plupart de ces remèdes sont empiriques ou basés sur quelques rares observations, ils n'ont donné que des résultats peu appréciables.

Ce sont, pour ne citer que ceux qui ont joui du plus de renom : le sirop d'orties, la cochenille, le gui de chêne, le narcisse des

prés, l'assa foetida, le castoréum, l'oxyde de zinc, le sulfure de potasse et autres préparations soufrées.

La cautérisation du larynx, avec une solution de nitrate d'argent au trentième, avait été vainement proposée pour atteindre les points où siégerait la coqueluche.

L'acide hydrocyanique, employé d'abord par les Anglais, a été abandonné à cause des dangers de son administration.

Les inhalations de chloroforme avaient été recommandées à l'approche de chaque accès dans le but d'arrêter celui-ci, ou de prévenir son développement. Son emploi est très difficile chez les enfants et nécessiterait la présence constante d'une personne habituée à l'administrer.

Les inhalations de gaz d'éclairage, conseillées autrefois, n'ont donné aucun bon résultat et auraient plutôt aggravé la maladie. Il en est de même des inhalations d'oliban, de benjoin, de diverses fleurs aromatiques.

La plupart des auteurs condamnent l'emploi des révulsifs quels qu'ils soient ; Trousseau, dans ses cliniques, s'élève avec énergie contre l'emploi de la pommade d'Autenrieth en frictions, dont on abusait autrefois, et qui pouvait donner lieu à des accidents très graves.

Les remèdes et les médications que nous venons de citer ont fait leur temps. Aujourd'hui, pour le plus grand nombre de cliniciens, la belladone forme avec l'aconit et les vomitifs la base du traitement de la coqueluche. Nous ajouterons les toniques, qui seront surtout précieux à la troisième période, lorsqu'on s'efforcera d'éviter certaines conséquences de la maladie, telles que l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculose.

Les vomitifs débarrassent les voies aériennes des mucosités qui entretiennent la toux et gênent l'hématose, de plus ils amendent sensiblement l'élément inflammatoire.

On a renoncé en thérapeutique infantile à l'emploi du tartre

stibie, dont l'action dépressive doit être évitée. Trousseau préconisait le sulfate de cuivre à la dose de 25 à 40 centigr.

Nous avons vu plus fréquemment employer l'ipéca à cause de son action élective sur l'élément inflammatoire, qui joue un rôle si important dans la maladie. M. le professeur agrégé Baumel donne les doses suivantes : 30 gram. de sirop d'ipéca jusqu'à l'âge de six mois ; à partir de cet âge même dose de sirop en ajoutant 5 à 6 centigr. puis 10, 12, 15 centigr. d'ipéca, les différentes doses doivent toujours être données en trois fois de cinq en cinq minutes.

On devra renouveler les vomitifs tous les 8 ou 10 jours.

La belladone est le médicament le plus précieux dans la coqueluche : Il combat l'élément convulsivo-spasmodique, active le jeu de la cage thoracique et diminue les sécrétions bronchiques.

L'alcoolature de belladone étant trop active pour être employée sans danger, chez les enfants, on emploiera la teinture alcoolique qui offre un moyen de dosage plus sûr.

Les enfants supportent très bien les préparations belladonnées, si on commence par petites doses. D'après Jules Simon, cette tolérance serait très grande, ainsi il a pu, par des doses croissantes et fractionnées, donner à des enfants de trois ans atteints de coqueluche, 40 gouttes de teinture, à des enfants de quatre ans jusqu'à 60 gouttes ; enfin il est allé, chez une fillette de treize ans, jusqu'au chiffre de 120 gouttes dans les vingt-quatre heures. D'après cet auteur encore, on aura rarement besoin d'avoir recours à des doses aussi élevées.

Il ne faut pas oublier qu'une faible dose de belladone produit quelquefois, chez certains sujets, des effets toxiques. On devra être toujours très prudent dans son administration et en régler les doses selon l'âge et la tolérance du malade.

Ainsi on commencera par 1 à 2 gouttes chez les enfants âgés de moins de deux ans, par 3, 4, 5, gouttes chez les enfants âgés de deux ans. A partir de trois ans, on donnera 5 à 10 gouttes

deux fois par jour. Aux enfants plus âgés, ceux de quatre, cinq, dix ans, on peut donner 20, 30, 40 gouttes, à condition de diviser ces doses en 3, 4, 6 prises dans les vingt-quatre heures.

Cela étant considéré, on devra cependant augmenter progressivement l'administration de la belladone jusqu'à ce que son influence soit bien appréciée. A cette condition seulement, elle aura son effet thérapeutique ; c'est là un point sur lequel tous les cliniciens sont d'accord.

« Vous devrez pousser l'administration de la belladone, dit Jules Simon, jusqu'au moment où vous verrez la peau du visage s'animer et rougir, les yeux devenir brillants, les pupilles dilatées, le caractère irritable ; alors vous suspendrez l'action du médicament par la diminution progressive des doses, tout en vous préparant à la reprendre bientôt, car la belladone s'élimine rapidement par les urines, et les phénomènes d'intoxication qu'elle détermine sont très passagers ».

On peut encore se servir du sirop de belladone qui contient 10 centigr. d'extrait par 30 gram. de sirop simple.

On l'emploie en potion ou pur à la dose de une à deux cuillerées à partir de deux ans.

Mieux encore, on emploiera l'extrait de belladone associé au sirop de tolu dans les proportions de 15 centigr. pour 300 gram. que l'on administre par cuillerées à café, suivant l'âge de l'enfant (avant un an, demi-cuillerée à café matin et soir, à un an, deux cuillerées, quatre à deux ans, six à trois ans, huit à quatre ans et davantage encore pour les enfants plus âgés).

Tel est le traitement de M. le professeur agrégé Baumel. Nous l'avons vu employer, avec le plus grand succès, à la clinique des enfants de l'Hôpital-Général.

Trousseau donnait les préparations de belladone en une seule dose le matin. Contrairement à son opinion, la plupart des cliniciens, parmi lesquels Jules Simon et M. le professeur agrégé

Baumel, préfèrent que le remède soit donné en plusieurs reprises dans la journée, afin d'agir d'une manière continue.

Si on a à soigner des enfants nerveux, agités, chez qui la belladone détermine de l'insomnie et de l'excitation cérébrale, il sera bon d'ajouter de l'opium comme correctif.

Mais l'administration de ce médicament, chez les jeunes enfants, exige une prudence extrême, puisqu'on a vu quelquefois l'ingestion d'une seule goutte de laudanum être suivie de mort chez eux : on ne devra pas donner de l'opium aux enfants âgés de moins de deux ans.

Nous devons aussi étudier les indications thérapeutiques et la manière d'administrer l'aconit, médicament qui, avec la belladone, joue un grand rôle dans les affections spasmodiques des voies respiratoires et surtout dans la maladie qui nous occupe.

D'après Jules Simon, l'aconit, doué des mêmes propriétés que la belladone et d'une partie de celles de l'opium, n'a pas comme eux l'inconvénient d'impressionner le cerveau même à doses élevées, aussi doit-on l'associer à titre de correctif à ces deux médicaments.

Nous ne parlerons pas de l'aconitine, principe trop dangereux pour être employé en thérapeutique infantile.

On prescrira l'alcoolature de racines d'aconit qui, plus riche en principe actif, est plus efficace que l'alcoolature de feuilles.

Nous ferons, à propos de ce médicament, les mêmes observations que pour la belladone : les préparations à l'aconit doivent toujours être employées à petites doses et n'être augmentées que graduellement, si on ne veut s'exposer à des accidents redoutables d'intoxication. A dose thérapeutique, l'aconit régularise le jeu de la cage thoracique et diminue la sécrétion des bronches, mais à doses trop élevées il déterminerait la prostration des petits malades.

Comme la belladone, l'aconit est très utile dans toutes les affections spasmodiques des voies respiratoires. On le prescrira non seulement dans la coqueluche, mais dans le spasme de la glotte, l'adénopathie trachéo-bronchique et l'emphysème pulmonaire, qui en sont trop souvent les conséquences.

Dans ces affections comme dans la coqueluche, il sera quelquefois utile d'administrer la digitale, de manière à tonifier le cœur et à diminuer l'excitabilité des plexus cardio-pulmonaires. On la supprimera au bout de trois ou quatre jours à cause de la durée de son action et afin d'éviter son accumulation dans l'économie.

La jusquiame, associée à la belladone, à titre de correctif la scille et la ciguë, qui possèdent quelques propriétés de la digitale, rendront encore de précieux services dans la coqueluche et dans les complications précitées. Toutefois, ces médicaments n'auront pas la valeur de la belladone, de l'aconit et même de l'opium qu'on ajoutera quelquefois, mais, nous le répétons encore, avec une extrême prudence.

Voici quelles sont les formules de Jules Simon qui nous ont paru le mieux répondre aux différentes indications :

Alcoolature de racines d'aconit..... 5 gram.
Teinture de belladone..... 5 —

Cinq gouttes matin et soir en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à vingt, selon la tolérance et l'âge du malade.

Ou mieux encore :

Teinture de belladone..... X gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit..... X —
Eau de laurier-cerise..... 10 gram.
Eau de tilleul..... 60 —
Eau de fleur d'oranger 10 —
Sirop de lactucarium..... 30 —

Potion à prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Si l'emploi de l'opium comme correctif est indiqué, on prescrira la potion suivante :

Sirop de belladone	10 gram.
— de codeine.....	10 —
— de tolu.....	10 —

Une cuillerée à café matin et soir.

S'il est indiqué d'ajouter la digitale et la ciguë, on prescrira :

Alcoolature de racines d'aconit....	10 gram.
Teinture de belladone.....	2 —
— ciguë.....	1 —
— digitale.....	0 ^{gr} ,50

En donner de 5 à 10 gouttes matin et soir.

Il est deux symptômes ou, pour mieux dire, deux complications qu'on devra combattre dans le cas où ils deviendraient alarmants : Nous voulons parler des vomissements et des hémorrhagies.

Si les hémorrhagies se répétaient assez fréquemment pour affaiblir le malade, on s'adresserait, pour les arrêter, aux moyens les plus actifs. Cela est indispensable, car ces pertes de sang contribuent notablement à affaiblir les malades et les prédisposent davantage aux convulsions. Nous n'avons pas à décrire ici les différents moyens qu'on oppose à ces accidents, mais nous n'hésiterions pas, le cas échéant, à avoir recours aux plus énergiques tels que le tamponnement à la sonde de Belloc pour les épistaxis trop abondantes.

La meilleure façon de s'opposer aux vomissements sera de faire manger les enfants aussitôt après la quinte ; les aliments seront de digestion facile et les repas plutôt multipliés que copieux. On conseillera l'usage du café noir, soit après les petits repas, soit après le vomissement. Le café noir est fortement indiqué

dans la coqueluche, car, s'il n'a pas l'action spécifique qu'on lui attribuait autrefois, il est recommandable à plus d'un titre : Il combattra l'action toxique des médicaments, diminuera les vomissements en rendant l'estomac plus tolérant, et sera de plus un excellent tonique. N'aurait-il que cette dernière qualité, il mériterait notre attention ; en effet, nous verrons bientôt combien les toniques sont indiqués dans la coqueluche.

Les toniques donneront d'excellents résultats surtout à la troisième période ; ils hâteront la convalescence et la guérison. Chez les enfants lymphatiques menacés d'adénopathie, ils seront employés sur une large échelle. Nous avons parlé déjà des bons effets du café, on aura recours encore aux préparations ferrugineuses. On prescrira, si l'on veut, le sous-carbonate de fer, préconisé par Rilliet, à la dose de 90 centigr. à 1^{er},50 dans les 24 heures et mieux encore le sirop d'iodure de fer.

Enfin si l'adénopathie est déclarée, mais seulement dans ce cas, on joindra à ces divers moyens l'emploi des révulsifs, on entretiendra une irritation constante entre les deux épaules avec la teinture d'iode. On prescrira l'huile de foie de morue, le médicament reconstituant par excellence ; on en donnera en grande quantité aux petits malades, autant que leur estomac en tolérera, et on obtiendra de bons effets. On favorisera la nutrition par tous les moyens, et on conseillera, suivant les saisons le séjour dans les stations du Mont-Dore, Caunterets, Eaux-Bonnes ou bien sur les bords de la mer, dans des sites abrités, Cannes, Nice ou Menton.

Les soins hygiéniques, le changement d'air, jouent aussi un rôle important dans le traitement de la coqueluche. S'il est indiqué, avons-nous dit, de tenir les coquelucheux dans leur chambre à la première période de la maladie, lorsque la fièvre et la bronchite dominent la scène, on doit se garder de les confiner ainsi aux périodes suivantes. On insistera au contraire

pour les faire sortir tous les jours, convenablement vêtus selon les saisons et les amener au plein air à la campagne.

Au début de la période de déclin, on devra autoriser et conseiller le changement d'air. C'est là encore un des moyens les plus efficaces pour achever la guérison.

Quelques observations sont cependant utiles à ce sujet : D'abord il n'est pas nécessaire de transporter les coquelucheux à de grandes distances, il suffit seulement de changer de milieu, d'aller d'un quartier à un autre différemment exposé. De plus, et cela nous semble être une précaution indispensable, il importe de choisir comme second lieu de séjour, un endroit dont la température soit égale, sinon plus élevée que celle du premier. On évitera ainsi les complications et surtout l'adénopathie trachéobronchique et la terrible broncho-pneumonie, qui pourraient guetter les petits malades, dont les forces sont en partie épuisées.

Nous croyons inutile de consacrer un chapitre à part aux conclusions. En effet nos conclusions, se rapportant à la pathogénie de la coqueluche, de ses complications et de leur traitement, ont été en quelque sortes formulées lorsque nous avons traité ces questions.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- WILLAS. — Opera omnia, 1720.
- MARCUS. — Traité de la coqueluche. Trad. de l'allemand. Paris, 1821.
- DESRUELLES. — Traité de la coqueluche. Paris, 1827.
- BLAUD. — Revue médicale, 1831.
- BLACHE. — Mémoire sur la coqueluche. Arch. gén. de méd., 1833.
- RILLIET ET BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des Enfants. Paris, 1843.
- G. SÉE. — Mémoire sur la coqueluche. Arch. gén. de méd., 1854.
- BEAU. — Mémoire sur le siège et la nature de la coqueluche. Arch. gén. de méd., 1856.
- PIRON. — Des complications les plus fréquentes de la coqueluche. Thèses de Paris, 1865.
- PHILOUZE. — De la coqueluche. Thèses de Paris, 1867.
- BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Paris, 1867.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1868.
- GRISOLLE. — Traité de Pathologie.
- AFFANASSIEFF. — Saint-Petersb. méd. Woch, 1887.
- WEST. — Maladies des enfants. Trad. Archambault. Paris, 1881.
- CADET DE CASSICOURT. — Maladies des enfants. Paris, 1887.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Etudes cliniques sur l'adénopathie bronchique. Gazette des Hôpitaux, et Clinique médicale, 1874.
- BARETY. — Thèses de Paris, 1874.
- JULES SIMON. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, 1882.
- FONSSAGRIVES. — Traité d'hygiène infantile, 1882.

ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies des enfants, Paris, 1893.

D'ESPINE ET PICOT. — Maladies de l'enfance, Paris, 1889.

BAUMEL. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales. Montpellier, 1891.

PARROT. — Atrepsie chez les enfants, Paris, 1882.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 Janvier 1895.

Le Recteur,

A. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 18 Janvier 1895.

Le Doyen,

A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
